ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ STRESS & BURNOUT

Ιωάννης Γ. Κίνιας
Μηχανολόγος Μηχανικός Α.Π.Θ., MSc
Εκπαιδευτής Ε.Κ.Δ.Δ.Α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α’

Ορισμοί

Βιβλιογραφική Επισκόπηση

Θεωρητικά μοντέλα για την ερμηνεία του συνδρόμου

Μέτρηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο της *επαγγελματικής εξουθένωσης* εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του ψυχικών αποθεμάτων, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Το σύνδρομο αυτό δυνητικά μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, αφορά όμως κυρίως στον επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας.

Επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout)

Ο Freudenberger, (1974) περιέγραψε ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας.

Πολλοί ακόμα ερευνητές στις ΗΠΑ και την Ευρώπη (Maslach, Jackson, Pines, Aronson κ.ά.) μελέτησαν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς τον ορισμό, την έναρξη και τη συνέχειά του, την αιτιοπαθογένεια, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισής του.

Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης
Christine Maslach (1982)

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Εννοιολογική διευκρίνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η έννοια της *επαγγελματικής εξουθένωσης* ή εξάντλησης χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία, αν και ακόμη γίνονται προσπάθειες ακριβούς περιγραφής της και διαχωρισμού της από το επαγγελματικό άγχος (occupational stress), του οποίου θεωρείται ιδιάζουσα μορφή.

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού stress, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους πιεστικούς παράγοντες της εργασίας του.

Αυτή η μακροχρόνια έκθεση και η εμπλοκή σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα ***σωματικής, συναισθηματικής αλλά και ψυχικής κόπωσης*** καθώς και ***αίσθημα αποτυχίας***, κυρίως στα άτομα που θέτουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών, με συνέπεια να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ειδικά όταν αποτυγχάνουν να φανούν αντάξιοι αυτών των προσδοκιών.

Αυτές οι ενδείξεις εξουθένωσης φαίνεται ότι δεν έχουν αντίκτυπο μόνο στην άσκηση της εργασίας, αλλά και στην προσωπική και την κοινωνική ζωή των επαγγελματιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURN OUT ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ (I)

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο.

Η Firth-Cozens et al., αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες/τές καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al., και των Kilfedder CJ, et al., το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχει δειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet MC et al., όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURN OUT ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ (II)

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν επίσης οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα των Zhu W., et al. Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Οι ερευνητές Jaracz K, et al., οι οποίο μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που, σύμφωνα με την εργασία των Pompili M, et al., μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι, οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURN OUT ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ (Ι)

Στην **Ελλάδα**, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωσησε διάφορους επαγγελματικούς τομείς.

Ο Κουλιεράκης μελέτησε το ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον της φυλακής,
Ο Βελονάκης τους εργαζόμενους σε επιχειρήσεις τροφίμων
και η Μαγγιώρου την επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού.

Στον **τομέα της υγείας** ξεχωρίζουν οι εργασίες των

Αντωνίου για τη μελέτη της ψυχοσωματικής ισορροπίαστων εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία, που συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού stress με τη σωματική και τησυναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών και

Σιουρούνη για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, που παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικήςεξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομαπου εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης.

Καρύδα για το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο.

Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη που έδειξε ότι, οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURN OUT ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ (ΙΙ)

Σταύρου για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών, που ανέδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει τον εργαζόμενο στην εργασιακή του απόδοση.
Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής και αμβλύνει τη νευρικότητα μεταξύ τους.

Καδδά για τους τρόπους διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώνεται η ύπαρξη του stress κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
Επιπλέον διαπιστώνεται η αναγκαιότητα διαχείρισής του και **τα θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης**, κυρίως μέσω της συζήτησης με ειδικούς επιστήμονες, τη δημιουργία ομάδων εργασίας και την υλοποίηση σεμιναρίων και

Αδαλή, που διερεύνησε το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκε ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Κανδρή όπου η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (I)

1) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ MASLACH (1982)

Οι Maslach και Jackson περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως:

ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος
*χάνει το **ενδιαφέρον** του για τους **αρρώστους** του,*
*παύει να είναι **ικανοποιημένος** από τη **δουλειά** του και*
*σχηματίζει **αρνητική εικόνα** για τον **εαυτό** του.*

Επιπλέον η επαγγελματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις:

• Τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα

• Την αποπροσωποποίηση (depersonalization), που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμη και αρνητικών αισθημάτων και την απομάκρυνση του επαγγελματία από τον ασθενή

• Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss ofpersonal accomplishment), που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του.

Θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΙΙ)

2) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)

Τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Στάδιο ενθουσιασμού.
Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους, ανέφικτους, και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και γι' αυτόν το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του.

Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας.
Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.

Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης.
Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθότι ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.

Στάδιο απάθειας.
Στο τελευταίο στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του.

Θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΙΙΙ)

3) ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

I. Φάση του «εργασιακού στρες»: Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Τα εργασιακά στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν *οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον*. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. Φάση «εξάντλησης»: Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. *Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης*, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος *βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση*.

III. Φάση «αμυντικής κατάληξης»: Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται *αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζομένου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους*. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

Θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (IV)

4) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ PINES

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως *μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες* (Pines & Aronson, 1988).

Δεν περιορίζουν την εφαρμογή της στους επαγγελματίες υγείας, αλλά την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993).

Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

Μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η *συστηματική μελέτη* και καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογείται:

α) με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (**Maslach burnout inventory, MBI**), που μετράει τις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ή

β) με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (**Staff Burnout Scale for Health Professionals, SBSHP**), που μετράει τις ψυχολογικές εκδηλώσεις, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς και τις οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου.

ΜΕΡΟΣ Β'

Ενδείξεις και Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Συχνότητα Φαινομένου

Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Ενδείξεις και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή της.

Χαρακτηριστικά της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία αποτελούν, η έντονη αποθάρρυνσή του και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες.

Ο επαγγελματίας συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα περιστατικό και όχι έναν ασθενή, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος, αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και κάποτε επιθετικός.

Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους, αλλάκαι τον ίδιο του τον εαυτό.

Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα.

Συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.

Συχνά έχει και ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικά προβλήματα, ή συμπτώματα αρτηριακής υπέρτασης, πεπτικού έλκους, ημικρανιών και κατάθλιψης.

Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης		
Σωματικά	**Ψυχολογικά**	**Συμπεριφορικά**
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ Έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση /χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη Συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης Ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/ αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση	
	Αποτελμάτωση	

Προσαρμογή από το Don Unger, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)

Τα συναισθήματα των νοσηλευτών που βίωσαν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από ποιοτικές έρευνες

Η Severinsson καθώς και οι Ekstedt και Faberberg μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας **συνεντεύξεις** από τους ίδιους τους νοσηλευτές που **βίωσαν** το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι.

Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα.

Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές.

Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας.

Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη.

Άρχιζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη.

Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς, προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν, με αποτέλεσμα να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους.

Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο ("hitting bottom" stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Συχνότητα εμφάνισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους γιατρούς και τους νοσηλευτές.

Η ΕΕ συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη.

Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισής της μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών, από μελέτες που έγιναν διεθνώς φαίνεται να παρουσιάζεται συχνά μεταξύ αυτών των επαγγελματιών.

Ειδικότερα, σημαντικό ποσοστό των **γιατρών** που συμμετείχαν στις μελέτες εμφάνιζαν
υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10–56%),
αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13–47%) και
μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4–59%).

Το αντίστοιχο εύρος της συχνότητας για καθεμιά από τις παραμέτρους της ΕΕ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε **νοσηλευτικό προσωπικό**, ήταν 15–50%, 7–37% και 25–76%.

Αν και στις περισσότερες μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ΕΕ το MBI, ωστόσο το πρόβλημα της ανομοιογένειας των δειγμάτων, καθώς και τα κριτήρια εκτίμησης της ΕΕ που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες, δεν παρέχουν τη δυνατότητα εξαγωγής κοινά αποδεκτών συμπερασμάτων για τη συχνότητα εμφάνισης της ΕΕ στο ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό διεθνώς.

Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ι)

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή.

Επίσης, εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Συσχετίσεις έχουν γίνει με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση,τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών.

<u>Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΙΙ)</u>

Επιπτώσεις ΕΕ σε γιατρούς, νοσηλευτές και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

<u>οργανικά συμπτώματα</u>, όπως μικροενοχλήσεις ή και σοβαρότερα προβλήματα υγείας,

<u>συναισθηματικές ενδείξεις</u>, όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης,

<u>συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς</u>, όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς, αλλά πιθανόν και

<u>ψυχιατρικές διαταραχές</u>, όπως άγχος και κατάθλιψη.

Ακόμη, η ΕΕ μπορεί να επηρεάσει την <u>ικανοποίηση</u> του ατόμου από τη ζωή του, την κοινωνική και την προσωπική του ζωή, αλλά και ότι μπορεί να είναι <u>«μεταδοτική»</u> και σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Οι επιπτώσεις της ΕΕ ξεπερνούν το άτομο και επεκτείνονται στους **<u>οργανισμούς παροχής υπηρεσιών</u>** υγείας. Στην περίπτωση αυτή η ΕΕ μπορεί να είναι δαπανηρή, οδηγώντας σε <u>αυξημένη βραδύτητα</u> εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε <u>απουσίες και σε μειωμένη απόδοση</u>. Ακόμη, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του, γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών.

Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (III)

Επιπτώσεις ΕΕ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2001) πρότεινε, σε αναφορά του, έξι χαρακτηριστικά απόδοσης, που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας:
ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα.

Οι μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας, όπως ***η θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, ο χρόνος νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων***, κ.α.

Εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο ***βαθμός ικανοποίησης των ασθενών***, επειδή αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας.

Συγκεκριμένα,οι Shanafelt et al μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι οι «εξουθενωμένοι» γιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών, όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της ΕΕ.

Σε μελέτη των Leiter et al διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας.

Η ΕΕ έχει συνδεθεί και με την ***έκβαση των ασθενών***. Οι Priebe et al, σε πρόσφατη μελέτη τους, που σκοπό είχε τον καθορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, βρήκαν ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετίζονταν με την έκβαση της υγείας των ασθενών.

ΜΕΡΟΣ Γ’

Αίτια Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης (Ι)

Δημογραφικοί παράγοντες

η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση

Ατομικοί παράγοντες.

η προσωπικότητα,
τα προσωπικά βιώματα,
η συναισθηματική ωριμότητα
το προσωπικό στυλ
ο τρόπος χειρισμού του άγχους,
το είδος των προσδοκιών που έχει από τον εργασιακό του χώρο,
η επάρκεια του μισθού,
τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος,
οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, (φόβος πρόκλησης πόνου, θεραπευτικής αποτυχίας, φόβος θανάτου, κ.ά.),
η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς

προστατευτικοί παράγοντες

η ανθεκτικότητα στο άγχος και η ικανότητα μετατροπής του σε πρόκληση,
η αυξημένη αίσθηση ελέγχου
η καλή ψυχική διάθεση και
η ύπαρξη γνωστής εμπειρίας και δυνατότητας διαχείρισης του εργασιακού stress

Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης (II)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες (οργανισμοί υγείας)

η ασάφεια του καθηκοντολογίου (ασάφεια ρόλων),
ο υπερβολικός φόρτος εργασίας,
το εξαντλητικό ωράριο,
η έλλειψη προσωπικού,
η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση,
η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων (από άμεσους προϊστάμενους ή τη διοίκηση)
η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους,
οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας,
οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες,
η έλλειψη οργανωτικής δομής,
οι διοικητικοί παράγοντες που έχουν ευθύνη για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης,
η έλλειψη πόρων,
ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης
η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες
η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και
οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης,

Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης (ΙΙΙ)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες (φύση του επαγγέλματος)

η στρεσσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος
η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς,
οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των συγγενών τους,
η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο

η αλληλεπίδραση με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές.

οι ιδιαιτερότητες και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, όπως αι ογκολογικές πτέρυγες, οι πτέρυγες με ασθενείς που πάσχουν από AIDS και οι μονάδες εντατικήςθεραπείας (ΜΕΘ).

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών.

Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ι)

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων: Είναι αναγκαία η **κατανόηση** της κατάστασης από το ίδιο το άτομο Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία να μην αγνοήσει κάποιες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.

- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών: Η ριζική **επανεκτίμηση** και **αναθεώρηση** των μη λειτουργικών στόχων, προσδοκιών και κινήτρων που έχει θέσει το άτομο, βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους, στην αναγνώριση στοιχείων εγωισμού στα πλαίσια της εργασίας, στην επίτευξη των στόχων, στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και στην καλύτερη εδραίωση του επαγγελματία στον εργασιακό του χώρο.

- Αναζήτηση εξειδικευμένης βοήθειας - υποστήριξης: Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματά του είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται, γι' αυτό και κρίνεται πολύ σημαντική η ίδια η αναγνώριση της ανάγκης βοήθειας του επαγγελματία.

- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας: Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία.

- Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας: Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία.

- Επιλογή νέας θέσης εργασίας.

Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΙΙ)

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.

• Δημιουργία ειδικών ομάδων με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων και τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή

• Οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-επιμόρφωσης, ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού stress

• Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες μέσα στον χώρο εργασίας , όσο και για τους συγγενείς τους

• Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων

• Παροχή δυνατοτήτων πολυμορφίας στο εργασιακό περιβάλλον

• Περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων της μονάδας και τους παράγοντες που την προκαλούν-διατηρούν και προσπάθεια εξάλειψης των στρεσογόνων αυτών παραγόντων

• Δημιουργία ειδικών τμημάτων και θέσεων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης

• Καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες – Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην θέση που μπορεί να αποδώσει καλύτερα

• Ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων

• Ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων

• Η συμμετοχή του εργαζομένου στην λήψη αποφάσεων για το αντικείμενο που χειρίζεται.

• Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, δίχως να καταργείται η να υποβαθμίζεται η ιεραρχία στον επαγγελματικό χώρο

Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΕΕ (I)

Η έρευνα έχει καταδείξει, σύμφωνα με τους Maslach et al, ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τον οργανισμό παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στην ΕΕ απο ότι οι ατομικοί.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι είναι λίγες οι μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και βρέθηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην ΕΕ του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σε μελέτη των Shimizu et al. διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ που βίωναν Ιάπωνες νοσηλευτές και της εκπαίδευσής τους στη ***διεκδικητικότητα***. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν παρακολουθώντας **διαλέξεις και «παίζοντας ρόλους»** σε δύο διήμερες συνεδρίες σε διάστημα ενός μήνα. Βρέθηκε ότι τα προσωπικά επιτεύγματα της ομάδας παρέμβασης βελτιώθηκαν σημαντικά 5 μήνες μετά από την εκπαίδευση, συγκρινόμενα με την αντίστοιχη μεταβολή της ομάδας ελέγχου.

Σε μελέτη των West et al, αποδείχθει ότι η συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα βελτιώθηκαν σημαντικά 4 μήνες μετά από τη συμμετοχή σε πρόγραμμα διαχείρισης stress, που περιελάμβανε *εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης* μέσω της εφαρμογής **«παιξίματος ρόλων»**.

Αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΕΕ βρέθηκε να είναι και οι ***ομάδες εργασίας*** **(workshops)**. Οι ερευνητές διοργάνωσαν >100 ομάδες εργασίας, στις οποίες συμμετείχαν >5000 άτομα. Αυτές οι ομάδες εργασίας περιελάμβαναν διάφορους επαγγελματίες, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, οδοντιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.

Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΕΕ (ΙΙ)

Ακόμη, έχει διερευνηθεί και η αποτελεσματικότητα των ***σεμιναρίων*** *στη διαχείριση του stress*. Οι McCue και Sachs περιγράφουν ένα τετράωρο σεμινάριο για τη διαχείριση του stress, στο οποίο οι ειδικευόμενοι από ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες για την επίτευξη στόχων, σχέσεων, προσδοκιών και αντοχής στο stress. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογίες στη συναισθηματική εξάντληση μειώθηκαν σε κάποιο βαθμό μετά από 6 εβδομάδες.

Η επίδραση των **σεμιναρίων** για την αντιμετώπιση του stress στην ΕΕ ειδικευόμενων γιατρών μελετήθηκε και από τους Ospina-Kammerer και Figley. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές μείωσης του stress, σε 4 εβδομαδιαία σεμινάρια. Μετά από την εφαρμογή του προγράμματος, οι μέσες τιμές των βαθμολογιών στο MBI μειώθηκαν στην ομάδα όπου έγινε η παρέμβαση. Όμως και οι δύο αυτές μελέτες που αφορούσαν σε ειδικευόμενους ήταν μικρές, πιθανόν με περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης.

Σε άλλη μελέτη διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των ***συσκέψεων τα Σαββατοκύριακα και των υποστηρικτικών ομάδων***. Γυναίκες εργαζόμενες στην ψυχική υγεία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης μετά από τησυμμετοχή τους σε αυτό το πρόγραμμα.

Σε μελέτη των Gorter et al στην Ολλανδία, διερευνήθηκε ***η επίδραση ενός προγράμματος συμβουλευτικής καριέρας*** στην ΕΕ Ολλανδών οδοντιάτρων, που εμφάνιζαν τουλάχιστον μέτρια βαθμολογία στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Το πρόγραμμα περιελάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες και διήρκεσε 6 μήνες. Η σύγκριση των βαθμολογιών των συμμετεχόντων πριν και μετά από το πρόγραμμα έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων.

Από τις μελέτες που έχουν παρατεθεί προκύπτει ότι τα προγράμματα παρέμβασης που εφαρμόστηκαν φαίνεται να συμβάλλουν στη μείωση της ΕΕ που βιώνουν οι συμμετέχοντες. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές εμφανίζουν κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες, που αφορούν στο σχεδιασμό, το δείγμα, το ποσοστό ανταπόκρισης, τα ερωτηματολόγια και τη στατιστική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων. Οι αδυναμίες αυτές περιορίζουν τη γενίκευση και αποτρέπουν, ως ένα βαθμό, την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για τις επιδράσεις των παρεμβάσεων.

ΜΕΡΟΣ Δ’

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία

- Η αλλαγή της σχέσης με τους ασθενείς
- Η αλλαγή της σχέσης με τους συναδέλφους
- Η αλλαγή της σχέσης με τους ανωτέρους και τη διοικητική κουλτούρα του οργανισμού
- Η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό

Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (Ι)

Η ανάρρωση από την ΕΕ είναι η διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους.

Προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, της ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και της ανάκτησης του ελέγχου της ζωής τους.

Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζουν τις στάσεις τους, τις αξίες τους, τα συναισθήματά τους, τις ικανότητές τους και τους ρόλους που συνήθιζαν να αναλαμβάνουν.

Σταδιακά, αλλάζουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση και, βέβαια, τη σχέση τους με τον ίδιο τους τον εαυτό.

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (ΙΙ)

Η αλλαγή της σχέσης με τους ασθενείς

Η παρουσία δίπλα σ' έναν ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές, όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας.

Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς. Η αναγνώριση όμως και η διαχείριση των συναισθημάτων απαιτεί αυτογνωσία και εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις.

Διαφορετικά, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής με τον ασθενή μπορεί να προκαλέσουν έντονο άγχος στο νοσηλευτή και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων.
Η αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως με το να τους προσβάλλει και να τους ταπεινώνει, να αρνείται να είναι κοινωνικός και ευγενικός, να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει στην παροχή της κατάλληλης βοήθειας. Στην προσπάθεια να βρίσκεται όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μακριά από τον ασθενή, τα διαλείμματα μεγαλώνουν, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν, η επαγγελματική ορολογία χρησιμοποιείται πιο συχνά. Με αυτόν όμως τον τρόπο χάνει τις δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρουν η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενούς.

Αντίθετα, ένα συχνό πρόβλημα που υποτιμάται είναι η υπερεμπλοκή, η μεγάλη εγγύτητα. Συχνά, στα πρώτα του εργασιακά χρόνια, ο νοσηλευτής μπορεί να ταυτίζεται υπερβολικά, να χάνει την αντικειμενικότητά του, να προχωρά πέρα από τα επαγγελματικά όρια. Σαν αποτέλεσμα, βγαίνει από τον επαγγελματικό του ρόλο και έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, εμπλέκεται συναισθηματικά, γίνεται φίλος του, αναλαμβάνει σε υπερβολικό βαθμό την ευθύνη του, μοιράζεται προσωπικά θέματα ή διατηρεί σχέσεις μαζί του μετά από το νοσοκομείο. Κατά συνέπεια, ο νοσηλευτής χάνει την αντικειμενικότητά του και το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κλινική του κρίση. Επίσης, μπορεί να βιώνει συναισθηματικό πόνο, να υποφέρει για τον ασθενή και να νιώθει ένταση. Αυτές οι σχέσεις είναι δυσλειτουργικές και δεν του επιτρέπουν να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του εργασιακού του ρόλου, μιας και, όταν κατακλύζεται από το συναίσθημα, επηρεάζεται η γνωσιακή του ικανότητα και η συμπεριφορά του.

Η σχέση με τον ασθενή είναι λειτουργική, όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ισορροπημένα τόσο τις γνωστικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος τον βοηθά να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Αυτή η απόσταση βέβαια διαφέρει από την αποστασιοποίηση ή την άρνηση ψυχικής επαφής και απαιτεί εμπειρία, τόσο για να γίνει κατανοητή όσο και επιτεύξιμη. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας. Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι νοσηλευτές υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και ότι αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν. Σαν αποτέλεσμα, παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, αισθάνονται ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Ωστόσο, η αλλαγή αυτή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί στο να καταλάβουν κάποια στιγμή αβίαστα ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (III)

Η αλλαγή της σχέσης με τους συναδέλφους

Συχνά, το εργασιακό πλαίσιο είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό. Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι ή να είναι ενεργά δυσάρεστοι, αγενείς και απότομοι. Τα άτομα, στα οποία κυρίως στρέφεται η επιθετικότητα αισθάνονται δυστυχισμένα, εγκλωβισμένα και κοντά στην επαγγελματική εξουθένωση.

Πολύ συχνά, επίσης, το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διχόνοια, κακή επικοινωνία, έλλειψη δικαιοσύνης. Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, συγκρούσεων και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων. Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και θυμού.

Σε άλλη μελέτη για την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των νοσηλευτών, περιγράφεται η αγωνιώδης προσπάθεια των νέων νοσηλευτών να αποκτήσουν την αποδοχή της ομάδας. Στην ουσία, επιδιώκουν πρώτα την αποδοχή από την ομάδα και μετά την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Σημαντικό μειονέκτημα στη διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης αποτελεί η έμφαση κατά τα χρόνια της εκπαίδευσης στην ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά και όχι στις ομαδικές διεργασίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι νέοι νοσηλευτές είναι απροετοίμαστοι για να λειτουργήσουν ως μέλη της ομάδας.

Πρακτικές συμβουλές για τη βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων

- Απουσία επικριτικότητας προς τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, ώστε να μην υπάρξει αίσθημα ανταγωνιστικότητας
- Προσφορά βοήθειας προς τους συναδέλφους
- Κριτική της προσωπικής εργασίας πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια μετατόπισης του ενδιαφέροντος στην εργασία άλλων ατόμων
- Δημιουργία συμμαχιών, οι οποίες να στηρίζουν τα σχέδια του επαγγελματία. Οι συμμαχίες απαιτείται να στοχεύουν σε κάποιον ομαδικό στόχο και να μην αποκλείουν/υπονομεύουν κανένα
- Παρουσίαση οποιασδήποτε καινοτομίας ως νόμιμο έργο της εργασίας του επαγγελματία

Βέβαια, όταν ο νοσηλευτής εμφανίζει πλέον συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτές οι συμβουλές είναι δύσκολο να εφαρμοστούν, αφού το ίδιο το σύνδρομο οδηγεί σε επιδείνωση των σχέσεων, σε συγκρούσεις, σε απόσυρση και σε μείωση της κοινωνικότητας, ενώ συχνά συνοδεύεται από επικριτική ή και προσβλητική συμπεριφορά από τους συναδέλφους.

Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προτιμότερη μια ήπια προσέγγιση, παρά μια άμεση αντιπαράθεση ή σύγκρουση που μπορεί να συμβάλλει στη διαιώνιση επιθετικής ή ανταγωνιστικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, απαιτείται η αναζήτηση υποστήριξης από μέλη της ομάδας ή από κάποιον επόπτη ή σύμβουλο θεραπευτή.

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (IV)

Η αλλαγή της σχέσης με τους ανωτέρους και τη διοικητική κουλτούρα του οργανισμού

Έχει μεγάλη σημασία για το νοσηλευτή-θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης να απομυθοποιήσει την προσωπική του εμπειρία, κατανοώντας ότι τα προβλήματά του είναι κοινά με εκείνα πολλών άλλων νοσηλευτών.

Ένα από τα αίτια του συνδρόμου της ΕΕ αποτελεί η έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο και τη νοσηλευτική διοίκηση. Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού και να μειώνει τις δυνατότητες για επιτεύγματα. Η ΕΕ σχετίζεται με την αναποτελεσματικότητα της διοίκησης, η οποία επηρεάζει την ποιότητα στην εργασία των νοσηλευτών. Επιπλέον, οι προϊστάμενοι συχνά διαθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, αλλά έχουν έλλειμμα σε επικοινωνιακές ικανότητες και εξειδικευμένες γνώσεις στα ζητήματα διοίκησης. Έτσι, μπορεί να ενισχύουν τις συγκρούσεις και να μη διευκολύνουν τις ομαλές σχέσεις αξιοποιώντας το σημαντικό τους ρόλο στην επίλυση συγκρούσεων.

Σε έρευνα των Lewis και McMillan οι προϊστάμενοι υποστήριζαν μεθόδους εκφοβισμού ως καθιερωμένες στρατηγικές και η πλειοψηφία των νοσηλευτών που υπήρξαν θύματα εκφοβισμού ανέφεραν τους προϊσταμένους ως πηγή επιθετικότητας.

Από την άλλη και η θέση των προϊσταμένων στον οργανισμό είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της μειωμένης επιρροής τους σε σύγκριση με τους αντίστοιχους προϊσταμένους της ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας, καθώς και των πιέσεων που δέχονται από την ιεραρχία αλλά και από τα άτομα που διοικούν.

Η πρόληψη αλλά και η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση απαιτούν την κατανόηση και την επεξεργασία αυτών των αντιφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς και των ιδιοσυγκρασιακών ιδιαιτεροτήτων των ανωτέρων.

Κατά συνέπεια, η βελτίωση των σχέσεων με τους ανωτέρους απαιτεί χρόνο, επιμονή και υπομονή.

<u>Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (V)</u>

Η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό

Για τους περισσότερους φοιτητές της Νοσηλευτικής που αρχίζουν τις σπουδές τους με αρκετό ιδεαλισμό, βασικό κίνητρο επιλογής της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας αποτελεί η επιθυμία παροχής φροντίδας στον άνθρωπο.

Σύντομα όμως οι προσδοκίες τους διαψεύδονται, χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους και συμμορφώνονται στις παραδοσιακές πρακτικές που επιτάσσει η ομάδα εργασίας.

Παράλληλα, μεταβάλλεται ο τρόπος που ορίζουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, οι αξίες και τα κίνητρά τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά.

Η μεταστροφή αυτή χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα υγείας και οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας.

Μπροστά στην ανθρώπινη αδυναμία και την ασθένεια αισθάνονται ενοχές και αναλαμβάνουν ασυνείδητα τους ρόλους του ήρωα ή του σωτήρα, παίρνοντας πάνω τους όλη την ευθύνη του ασθενούς. Υπερεκτιμούν, δηλαδή, τις δυνατότητές τους για επιτυχία και προσφορά, υπερεμπλέκονται, δεν βάζουν όρια, προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι καλύτεροι ή ότι νοιάζονται περισσότερο από όλους τους άλλους τριγύρω τους.

Η εκπαίδευση, ένας χώρος ο οποίος θα μπορούσε να προετοιμάσει τους νέους επαγγελματίες για τη συναισθηματική εργασία που απαιτεί η φροντίδα της αδυναμίας-ασθένειας, προωθεί την καλλιέργεια της αντικειμενικής και λογικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς, δίνοντας ελάχιστη σημασία στην υποκειμενικότητα, στις συναισθηματικές διεργασίες, στη γνώση του εαυτού και του άλλου, που υποστηρίζουν τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας.

<u>Σύμφωνα όμως με τον Coleman, η προσαρμογή και η επιτυχία στον εργασιακό χώρο εξαρτώνται μόνο κατά 10–20% από τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν από την εκπαίδευση. Σε μεγαλύτερο βαθμό, η προσαρμογή και η επιτυχία εξαρτώνται από τη συναισθηματική νοημοσύνη, την ικανότητα γνώσης των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους, η οποία αποτελεί απαραίτητο θεμέλιο της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας.</u>

<u>Ο νοσηλευτής πρέπει σταδιακά να:</u>
Επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες
Ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο αποτελεσματικούς τρόπους
Μη ζητά από τον εαυτό του περισσότερα απ' όσα μπορεί να δώσει
Λέει όχι και να βάζει όρια, σεβόμενος τον εαυτό του
Ορίζει περισσότερο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
Αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας
Συνδέεται με τον ευάλωτο εαυτό του, αποκτώντας ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας.

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία (VI)

Η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό

Το σύμβολο του "πληγωμένου θεραπευτή" στη σύγχρονη Ιατρική και ψυχοθεραπεία είναι ο κένταυρος Χείρωνας, μια από τις πιο αντιφατικές μορφές της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας:

Μισός άνθρωπος μισός άλογο, διέφερε από τους υπόλοιπους κενταύρους που χαρακτηρίζονταν για την ορμητικότητα και τη βιαιότητά τους, μιας και διακρινόταν για τη σοφία του, την πραότητα, τη γλυκύτητα του λόγου και τις θεραπευτικές του ικανότητες.

Ζούσε σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, όπου δίδαξετην τέχνη της θεραπείας στον Ασκληπιό. Όμως, αν και θεός, υπέφερε από ένα ανίατο τραύμα. Ο Ηρακλής, σε μια συμπλοκή του με τους Κένταυρους, πλήγωσε άθελά του το φημισμένο θεραπευτή με τα δηλητηριώδη βέλη του. Από τότε, ο φημισμένος θεραπευτής υπέφερε από την ανίατη πληγή του.

Το τραγικό και παράδοξο αυτό χαρακτηριστικό συμβολίζει την *ανάγκη αυτογνωσίας* και *σύνδεσης του θεραπευτή με τις δικές του πληγές*, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του.

Κατ' αντιστοιχία, μόνο μέσα από την *αυτογνωσία* μπορούν οι νοσηλευτές να φροντίσουν με σοφία τον εαυτό τους και να υπηρετήσουν με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει.

Στην καρδιά του μυστηρίου της θεραπείας και της προσφοράς στο συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές του.

<u>Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας</u>

Η διαμόρφωση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί επιπλέον τη *συνειδητοποίηση* των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές.

Πάντα η *εκπαίδευση* θα διδάσκει το ορθό και το ιδεατό και θα συγκρούεται με τις απαιτήσεις ενός *συστήματος*, που χαρακτηρίζεται από αντιφατικές επιδιώξεις και αλληλοσυγκρουόμενους προσανατολισμούς.

Ο νοσηλευτής που είναι σε θέση να επεξεργαστεί αυτές τις αντιφάσεις θα έχει καταφέρει να χτίσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Ισχυρά μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού αποτελούν η <u>επιμόρφωση</u> με ουσιαστικό περιεχόμενο και η <u>εποπτεία</u>.

Η *επιμόρφωση* βοηθά το νοσηλευτή να επεξεργαστεί και να συνειδητοποιήσει τις αντιφατικές αντιλήψεις και τις πρακτικές που διέπουν την εργασιακή του καθημερινότητα. Μόνο μέσα από τη συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής πρακτικής μπορεί να δημιουργηθεί το πλαίσιο οικοδόμησης της προσωπικής θεωρίας του.

Επιπρόσθετα, η ομαδική *εποπτεία* τον βοηθάει να εκτονώσει έντονα συναισθήματα, να τα επεξεργαστεί, να συνειδητοποιήσει την εμπειρία του, να βάλει προτεραιότητες στην προσπάθεια συγκρότησης της αλλαγής, να ανακαλύψει νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του.

Η διαδικασία αυτή προλαμβάνει αλλά και θεραπεύει την επαγγελματική εξουθένωση.

Βιβλιογραφία

1. Κουλιεράκης Γ, Μεταλλη νού Ο, Πάντζου Π. *Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές.* ΕΑΠ, Πάτρα, 2000

2. Βελονάκης Ε, Λαμπροπούλου Ε. Πηγές και εκδηλώσεις stress σε Έλληνες εργαζόμενους. *Νέα Υγεία* 1999, 24:7

3. Μαγγιώρου Β. Η επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Ινστιτούτο Αστυνομικών Μελετών Επιμόρφωσης και Τεκμηρίωσης, www.inamete.gr, Μάρτιος 2006

4. Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία* 2005, 47:8

5. Σιουρούνη Ε, Θεοδώρου Μ, Χονδρος Π. Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας* 2006, 17:31−35

6. Καρύδα Σ. Χατζόπουλος Π, Γιοβά νη Μ. Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. *Επιθεώρηση Υγείας* 2004, 15:23−28

7. Σταύρου Σ. Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16:11−25

8. Καδδά Α. Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16:23−26

9. Παπαδοπούλου Κ, Χριστογιώργος Σ, Ζαχαριάς Β, Τσιάντης Ι. Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι ‡Η Θέτις‡. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1997, 57:84−89

10. Μιχαλοπούλου Α. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική* 2003, 42:293−298

11. Σταμάτη Α. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας. Ημερίδα, Αθήνα, 2004, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εργασιακών Σχέσεων – European Industrial Relations Observatory

12. Μάρκου Π. Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16:21−25

13. Τιτομιχλάκη Μ, Καφετζάκης Β, Καραμαλάκη Μ, Χανιωτάκης Α. Κόπωση επαγγελματιών υγείας. *Ιατρικά Χρονικά* 2006, 29:242−248

14. Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: The high cost of high achievement*. Doubleday & Co, Garden City, New York, 1980:16
15. Maslach C, Scaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397–422
16. Αδαλή Ε. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. *Νοσηλευτική* 2000, 39:292–297
17. Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χ. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2001, 40:15–22
18. McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs* 2003, 44:633–642
19. Glasberg AL, Erikson S, Norberg A. Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *J Adv Nurs* 2006, 57:392–403
20. Smith P. The emotional labour of nursing. Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in nursing. In: Soothill K, McKay L, Melia K (eds) *Classic texts in health care*. Macmillan, London, 1992:226–2318. Menzies IEP. A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Hum Relat* 1960, 13:95–121
21. Μισουρίδου Ε. Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. *Νοσηλευτική* 2007, 46:374–380
22. Taylor S, White B, Muncer S. Nurses' cognitive structural models of work-based stress. *J Adv Nurs* 1999, 29:974–983
23. Καρανιάδου ΑΝ, Αναγνωστόπουλος Φ. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2008, 102:79–92
24. Stordeur S, D'Hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 2001, 35:533–542
25. Glasberg AL, Norberg A, Sφderberg A. Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *J Adv Nurs* 2007, 60:10–19
26. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* 2004, 20:261–272
27. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lótzen K. Dissonant imperatives in nursing: A conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive Crit Care Nurs* 2001, 17:228–236
28. Harrison M, Loiselle CG, Duquette A, Semenic SE. Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nurs* 2002, 38(6):584–591
29. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005, 51(3):276–287
30. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud* 2003, 40:555–565
31. Farrell GA. Aggression in clinical settings: Nurses' views – a follow-up study. *J Adv Nurs* 1999, 29:532–541
32. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs* 2003, 42:90–96

33. Ουζούνη Χ. Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική* 2005, 44:355–363
34. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Science Press, New York, 1980
35. Severinsson E. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci* 2003, 5:59–66
36. Ekstedt M, Faberberg I. Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs* 2005, 49:59–67
37. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 2001, 33:660–667
38. Wright LD. Violating professional boundaries. *Nursing* 2006, 36:52–54
39. Mackintosh C. Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:982–990
40. McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud* 42:439– 448
41. Leiter MP, Maslach C. *Πώς να αντιμετωπίσετε την επαγγελματική εξουθένωση*. (Επιμέλεια-Μετάφραση: Αντωνίου ΑΣ). Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007
42. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag* 2005, 13, 242–248
43. Lewis M. Nurse bullying: Organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *J Nurs Manag* 2006, 14:52–58
44. Kelly B. Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs* 1998, 28:1134–1145
45. Newton JM, McKenna L. The transitional journey through the graduate year: A focus group study. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:1231–1237
46. Brennan G, McSherry R. Exploring the transition and professional socialization from health care assistant to student nurse. *Nurse Educ Pract* 2007, 7:206–214
47. Duchscher JE. Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *J Nurse Adm* 2001, 31:426–439
48. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs* 2003, 43:395–401
49. Ραγιά Α. Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 2003, 42:286–292
50. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007, 59:29–37
51. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs* 2007, 60:1–9
52. Lidman EE, Strandberg G. Burnout: Co-workers' perceptions of signs preceding workmates' burnout. *J Adv Nurs* 2007, 60:199–208

53. Σταθοπούλου Χ. Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική* 2006, 45:50–58
54. McMillan I. Losing control. *Nurs Times* 1995, 91:40–43
55. West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN. Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: Implications for the designs of dissemination strategies. *Soc Sci Med* 1999, 48:633–646
56. Dopson S, Fitzgerald L. The role of middle-manager in the implementation of evidence-based health care. *J Nurs Manag* 2006, 14:43–51
57. Hewison A. Middle management and nursing. *J Nurs Manag* 2006, 14:1–4
58. Κοτζαμπασάκη Σ, Αντρεά Σ, Βαρδάκη Ζ, Κυριακίδου Ε, Μαντζώρου Μ, Ντίκου Μ. Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών Νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 2003, 42:353–363
59. McLeod ME. The caring physician: A journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol* 2003, 98:2135–2138
60. Ζαφείρης Α, Ζαφείρη Ε, Μουζακίτης Χ. *Οικογενειακή θεραπεία: Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
61. Goleman D. *Η συναισθηματική νοημόσυνη*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
62. Goleman D. *Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000
63. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Σας ευχαριστώ

ikinias@ba.aegean.gr